

Medizinische Gesundheitsversorgung zwischen Markt und Plan: Strukturbedingungen des primärärztlichen Handelns vor und nach der Vereinigung

Kaross, Dietmar; Kunz, Gerhard

Veröffentlichungsversion / Published Version
Sammelwerksbeitrag / collection article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Kaross, D., & Kunz, G. (1995). Medizinische Gesundheitsversorgung zwischen Markt und Plan: Strukturbedingungen des primärärztlichen Handelns vor und nach der Vereinigung. In H. Sahner, & S. Schwendtner (Hrsg.), 27. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Soziologie - Gesellschaften im Umbruch: Sektionen und Arbeitsgruppen (S. 232-236). Opladen: Westdt. Verl. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-137458>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

entierten Gesundheitswissenschaft besondere Bedeutung zukommt als neue Herausforderung für Medizin und (Medizin-)Soziologie. Die theoretisch fundierten und empirisch abgesicherten Beiträge der Sektionssitzung haben jedoch durch den Facettenreichtum der behandelten Probleme und Fragen gezeigt, daß eine Reduktion von Medizinsoziologie auf Gesundheitswissenschaft nicht opportun ist und zu einer sachlich nicht gerechtfertigten Einengung medizinsoziologischer Fragestellungen führen würde, eine Überlegung, der man in künftigen Diskussionen weiter nachgehen sollte.

Denn natürlich ist die Medizinsoziologie sowohl theoretisch-grundlagenbezogen wie auch praktisch-anwendungsbezogen zu konzipieren. Das heißt, Medizinsoziologie ist zum einen auf der Grundlagenforschung der allgemeinen Soziologie aufzubauen, von der sie im Laufe ihrer Entwicklung vielfältige Impulse für die Ausformulierung ihrer Fragestellungen und ihr methodisches Vorgehen erhielt. Zum anderen aber kann eine so verstandene Medizinsoziologie damit zur theoretischen Fundierung der Gesundheitswissenschaft mit ihren ja auch angestrebten praktischen Handlungsanleitungen einen wesentlichen Beitrag leisten.

PD Dr. Manfred Stosberg, Universität Erlangen-Nürnberg, SFZ, Findelgasse 7-9, D-90402 Nürnberg

2. Medizinische Gesundheitsversorgung zwischen Markt und Plan - Strukturbedingungen des primärärztlichen Handelns vor und nach der Vereinigung

Dietmar Kaross und Gerhard Kunz

Allgemeine Überlegungen

Die realen Strukturbedingungen des primärärztlichen Handelns sind angemessen nur mehrdimensional zu konzeptualisieren und zu beschreiben; und ebenso muß die Unterscheidung der jeweils intendierten Systemebene beachtet werden, will man das ärztliche Handlungssystem zwischen "Freiberuflichkeit und staatlicher Lenkung" (Arnold 1993) wissenschaftlich, d.h. auch ideologieneutral, untersuchen.

Im Hinblick auf ihre ökonomischen Funktionen ist die Arztpraxis ein Betrieb, nach Andersen/Schulenburg (1990) ein Unternehmen. Analytisch ist damit ein bestimmter Aspekt der Organisationsförmigkeit des beruflichen Handelns von Ärzten gemeint. Ausgehend von diesem Verständnis waren auch die Polikliniken in der ehemaligen DDR Betriebe: Anbieter von Gesundheitsleistungen. Eine Analyse des Transformationsprozesses im Gesundheitswesen muß neben makro- und mikrosozialen Bedingungen und Folgen ebenso diese Berufsförmigkeit ärztlichen Handelns beachten.

In seinen Untersuchungen "Markt und Plan: Zwei Typen der Rationalität" betont Dahrendorf (1966), "daß Rationalität ein methodischer Begriff ist, der uns allenfalls sagt, wie wir Probleme lösen können, nicht aber, was die Probleme sind und ob die Lösungen moralisch vertretbar sind". Die dominanten Akteure bei der Transformation und Übernahme westdeutscher Lösungen waren für das Gesundheitswesen "Interessenten und Verbände" (Beyme 1995); der handlungsleitende

Imperativ hieß "Gesundheit für ein Deutschland" (Arnold/Schirmer 1990), wodurch sich eine öffentliche und wissenschaftliche Diskussion der Dahrendorf-Frage praktisch erübrigte. Begünstigt wurden solche Tendenzen durch eine Konfundierung von normativer und deskriptiver Rationalität (Rescher 1993), einer mangelnden Unterscheidung zwischen idealtypischer und realtypischer Verwendung (Weber) der Begriffe Markt und Plan. Da die Probleme einer Vereinigung des Gesundheitswesens der ehemaligen DDR mit dem der ehemaligen Bundesrepublik hauptsächlich auf gesamtgesellschaftlicher und mikrosozialer Ebene diskutiert wurden, wirkten sich die Folgen einer ideologiebelasteten Analyse vorwiegend auf und in diesen Zusammenhängen aus. So interessant es wäre, den hieraus resultierenden Fragen weiter nachzugehen - sie wurden und konnten hier nur im Sinne einer Hintergrundtheorie thematisiert werden.

Eine Analyse der Transformation des Gesundheitswesens in den neuen Ländern - der Transformation sowohl im sozialwissenschaftlichen (Zapf 1994) als auch im ökonomischen Verständnis (Kloten 1991, North 1988) - muß zwangsläufig zu kurz greifen, wenn der soziale Wandel ausschließlich auf gesamtgesellschaftlicher und auf der individuellen Ebene der einzelnen Anbieter (Arztberuf) und Nachfrager (Patienten) von Gesundheitsleistungen analysiert wird.

Die auf dem theoretischen Hintergrund des Handlungs-Struktur-Ansatzes erhobenen Daten zu "Arztberuf und Ärztlicher Praxis" sollen im folgenden mikroanalytisch im Rahmen von zwei allgemeinen Fragestellungen dargestellt und interpretiert werden:

1. Vergleichende Analyse der Strukturbedingungen ärztlichen Handelns bei Übernahme oder Neugründung einer ambulanten Arztpraxis in den neuen und alten Bundesländern;
2. Untersuchung der besonderen aus der Transformation folgenden Anpassungsprobleme der Ärzteschaft in den neuen Bundesländern.

Datensatz und Methode

Die hier verwendeten empirischen Daten stammen aus einer repräsentativen postalischen Befragung niedergelassener Allgemeinärzte und Internisten in den alten und neuen Ländern aus dem Jahre 1992/93, die im Rahmen des DFG-Projekts "Arztberuf und Ärztliche Praxis" am Seminar für Sozialwissenschaften der Universität zu Köln durchgeführt wurde (1465 auswertbare Fragebögen, Ausschöpfungsrate: 51,5%).

Zusammenfassung der wichtigsten Untersuchungsergebnisse

Die Daten der Studie "Arztberuf und Ärztliche Praxis" erlauben differenzierte mikroanalytische Untersuchungen der spezifischen Probleme von Allgemeinärzten und Internisten in den neuen Bundesländern während der Phase ihrer Niederlassung. Außerdem können umfangreiche Praxisstrukturdaten in einer vergleichenden Perspektive zwischen den alten und neuen Ländern ausgewertet werden.

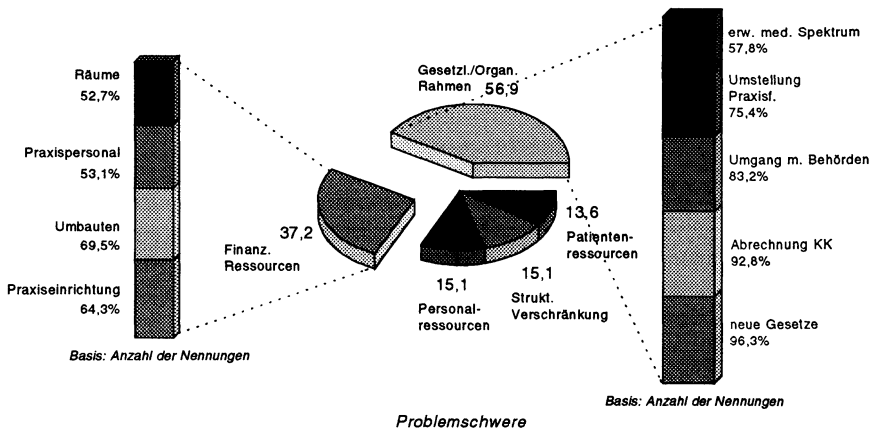
Es kann gezeigt werden, daß sich die Praxen niedergelassener Ärzte in Ostdeutschland hinsichtlich zentraler Strukturmerkmale von denen ihrer westdeutschen Kollegen unterscheiden. Da sich die Arztpraxis als Handlungssystem auffassen läßt, begründen die West-Ost-Differenzen bezüglich der Praxisstrukturen entsprechende unterschiedliche Handlungsorientierungen der Ärzte.

Die wichtigsten Ergebnisse können in knapper Form wie folgt dargestellt werden:

- Nach unseren Daten war zur Jahreswende 1992/93 in den neuen Ländern der "Selbstverwaltungsoptimismus" tendenziell und durchgehend größer, während in den alten Ländern eher ein "Selbstverwaltungspessimismus" zu beobachten war (vgl. auch Kunz/Kaross/Reifferscheid 1993).
- Die Gründungsmodalitäten ärztlicher Praxistätigkeit haben sich in den vergangenen 40 Jahren verändert. Die Neugründungen von freien ambulanten Praxen in den neuen Ländern sind - im Gegensatz zu den "freiwilligen" Betriebsaufnahmen in den alten Ländern - strukturell erzwungen.
- Der überwiegende Grund zur ärztlichen Niederlassung in freier Praxis in den neuen Bundesländern lag in der Auflösung der alten ambulanten Einrichtungen begründet.
- Mehr als drei Viertel der befragten Ärzte geben die Auflösung der Einrichtung, in der sie ehemals beschäftigt waren, oder einen vergleichbaren "Sachzwang" als ausschlaggebenden Anlaß zur Niederlassung an.
- Hinsichtlich des ärztlichen Entscheidungsverhaltens bei der Praxisgründung sind in den alten und neuen Ländern unterschiedliche Kriterien bedeutsam.
- Die Ärzte, die sich in den neuen Ländern nach der Vereinigung niedergelassen haben, hatten eine Reihe von spezifischen Schwierigkeiten zu bewältigen, für die wir hier die Daten gesondert ausweisen:

Abbildung 1

Schwierigkeiten während der Niederlassung in den neuen Bundesländern



- Mit deutlichem Abstand wurden dabei solche Probleme als besonders schwierig angesehen, die die transformationsbedingte Reorganisation des Gesundheitswesens betreffen, so etwa das Zurechtfinden mit den neuen gesetzlichen Regelungen, die Abrechnung mit den Krankenkassen etc.
- Weiterhin war es schwierig, die besonderen finanziellen Probleme, die mit der Niederlassung verbunden sind, zu bewältigen.
- Die spezifischen Niederlassungsprobleme in den neuen Ländern haben zu "Transformationsopfern" geführt, wie sich besonders deutlich am sozialstrukturellen Merkmal des Alters zeigen läßt: ältere - und somit auch berufserfahrene - Ärzte haben in hohem Maße das wirtschaftliche Risiko der Niederlassung gescheut und sind zu einem relativ großen Anteil aus dem Arztberuf ausgeschieden.
- Die spezifischen Probleme ostdeutscher Ärzte während der Niederlassungsphase haben in der Folgezeit zu sehr unterschiedlichen Praxisstrukturen in beiden Teilen Deutschlands geführt:
- Der dominierende Praxistyp ist zwar mit rund 75% in den alten und in den neuen Ländern die Einzelpraxis. In beiden Teilen Deutschlands läßt sich allerdings ein Trend zur kooperativen Gruppenpraxis feststellen, in den neuen Bundesländern dominiert jedoch die vorrangig auf effiziente Ressourcenverwendung ausgerichtete Form der Praxisgemeinschaft, die darüber hinaus einen rechtlich eigenständigen Status der beteiligten Ärzte bewahrt;
- Im Vergleich zu den westdeutschen Arztpraxen müssen die Praxen in den neuen Ländern im Durchschnitt mit weniger Räumen und einem geringeren Mitarbeiterstamm auskommen.
- Der Patientenstamm ist sowohl in Ost- als auch in Westdeutschland eine zentrale Ressource der Arztpraxis, der eine herausragende Bedeutung beigemessen wird. Insbesondere in den neuen Ländern wird die "Mitnahme bekannter Patienten" oder die "Übernahme eines Patientenstamms" als unabdingbare Voraussetzung zur Praxisgründung angesehen.
- Unterschieden nach der Praxisorganisationsform ist der jeweilige Patientenstamm in den alten Ländern nur geringfügig größer als der in den ostdeutschen Praxen. Als Ausnahme sind jedoch westdeutsche Gemeinschaftspraxen anzusehen, die im Durchschnitt einen eineinhalb mal so großen Patientenstamm aufweisen können wie die Praxen dieses Typs in den neuen Bundesländern.
- Das tägliche Patientenaufkommen liegt bei allen Praxisformen in den alten Ländern deutlich höher als in den neuen Ländern. Die tägliche Anzahl von Patienten, die vom Arzt selbst behandelt werden, liegt in den neuen Ländern jedoch jeweils etwas höher als beim vergleichbaren Praxistyp in den alten Ländern. Daraus resultiert für die ostdeutschen Ärzte ein wesentlich höherer selbstversorgter Anteil an Patienten bezogen auf den gesamten täglichen Patientendurchlauf in der Praxis.
- Trotz einer vergleichsweise höheren wöchentlichen Arbeitszeit und einer höheren Anzahl an Patienten, die pro Tag durch den Arzt selbst betreut werden, kann in ostdeutschen Praxen nur ein sehr viel geringerer Umsatz und Praxisgewinn erzielt werden. Dabei ist in den neuen Ländern das Risiko eines finanziellen Verlusts erheblich höher als in Westdeutschland.
- Die westdeutschen Umsatz- und Gewinnvorteile werden zu einem erheblichen Anteil mit Hilfe von Leistungen erzielt, die zwar an Patienten in der Praxis, nicht jedoch durch den Arzt selbst erbracht werden. Dies spricht für einen ökonomischeren Einsatz von Ressourcen in den westdeutschen Praxen.

Die hier vorgestellten Daten wurden zum Ende des Jahres 1992 erhoben, also noch bevor alle Einzelheiten des 1993 in Kraft getretenen Gesundheitsstrukturgesetzes bekannt sowie dessen genaue Folgen und Konsequenzen für den einzelnen Arzt antizipierbar waren. Inzwischen hat sich herausgestellt, daß mit den gesetzlichen Neubestimmungen viele Bereiche des ärztlichen Handelns reglementiert worden sind, wodurch u.a. ein erheblicher Rationalisierungsdruck entstanden ist. Es ist anzunehmen, daß die niedergelassenen Ärzte in den neuen Bundesländern in mehrerlei Hinsicht stärker durch die angesprochenen GSG-Bestimmungen betroffen wurden, zumal sie sich in kürzester Zeit erneut an veränderte Rahmenbedingungen anzupassen hatten.

Hierüber läßt sich jedoch vorerst nur spekulieren. Umso wichtiger erscheint eine systematische Dauerbeobachtung der durch die Transformation des Gesundheitswesens in der ehemaligen DDR intendierten und nicht-intendierten Folgen in der ambulanten ärztlichen Versorgung, die insbesondere auch die bereits angekündigte und im Stadium der konkreten Vorbereitung befindliche nächste Stufe der Gesundheitsstrukturgesetzgebung (Arnold 1993, Glaeske/Pfeiffer/Walzik 1994, Rosenbrock 1994, SVR 1994) miteinbezieht.

(Literatur bei den Verfassern)

Prof. Dr. Gerhard Kunz, Universität zu Köln, Seminar für Sozialwissenschaften, Gronewaldstraße 2,
D-50931 Köln
Dietmar Kaross, Stotzheimer Straße 36, D-50354 Hürth

3. Das Krankenhaus zwischen Markt und Staat: Das magische Dreieck des Krankenhausmanagements und das Konzept des lernenden Krankenhauses

Holger Pfaff

1. Ausgangsproblem: Das magische Dreieck des Krankenhausmanagements

Die Ergebnisse der medizinsoziologischen Forschung in den 80er Jahren (z. B. Gerhardt 1986; Badura et al. 1987; Forschungsverbund 1987; Pfaff 1989) legen den Schluß nahe, daß in der medizinischen Versorgung das Ziel der Wirtschaftlichkeit durch zwei weitere Ziele ergänzt werden muß: Patientenorientierung und Gesundheitsförderung des Personals. Besonders im Krankenhaus bestehen zwischen allen drei Zielen Zielkonflikte (z.B. Siegrist 1978; Badura/Feuerstein 1994). Dies möchte ich als das magische Dreieck des Krankenhausmanagements bezeichnen. Für diesen Zielkonflikt gibt es keine Patentlösung. Der optimale Kompromiß zwischen diesen Zielen kann je nach Situation verschieden ausfallen. Jedes Krankenhaus muß daher über kollektive Lernprozesse selbst die optimale Lösung herausfinden. Es empfiehlt sich daher, die Klinik als lernende Organisation zu konzipieren (vgl. auch Borsi 1994; Pfaff 1994).

2. Das Konzept des lernenden Krankenhauses

Im Mittelpunkt des Konzepts des "lernenden Krankenhauses" (Pfaff 1994: 78) steht ein institutionalisierter Lernprozeß, der zwischen den Mitgliedern der vier wichtigsten Kulturen des